42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

Załącznik nr 1 do Zaproszenia

FORMULARZ OFERTOWY

Nr sprawy DZP/BZU/347/2020

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro na: przedłużenie licencji i wsparcia dla dwóch urządzeń UTM FortiGate 100D o numerach seryjnych FG100D3G15809171, FG100D3G16815012 na okres 12 miesięcy (od 07.08.2020 do 06.08.2021)

1. Nazwa i adres Zamawiającego

   Szpital Powiatowy w Zawierciu

   42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14

   tel. 32 67 40 371.

   Godziny urzędowania: od 07:25 do 15:00

   REGON 276271110, NIP 649-19-18-293

   www.szpitalzawiercie.pl email: it@szpitalzawiercie.pl

2. Nazwa i adres Wykonawcy

   Nazwa.....
   .....
   Adres.....
   .....
   NIP ..... REGON .....

   Dane do porozumiewania się

   Tel .....

   Adres poczty elektronicznej .....

3. Cena oferty

   Cena netto .....zł

   Podatek VAT .....zł

   Cena brutto .....zł

   Słownie brutto .....zł

4. Zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
5. Termin dostarczenia licencji i rozpoczęcia wsparcia – do 07.08.2020
6. Termin obowiązywania usługi (od 07.08.2020 do 06.08.2021)

7. Termin zapłaty za prawidłowo wystawioną i doręczoną fakturę – do 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
8. Termin związania ofertą – 30 dni
9. Nazwa banku i nr rachunku bankowego, na który będą dokonane przelewy za wykonaną dostawę .....
10. Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia .....
    Telefon kontaktowy ..... E-mail .....
11. Oświadczam, że zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w zaproszeniu oraz w istotnych warunkach umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
12. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania działalności lub czynności, będących przedmiotem zamówienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
13. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia, oraz ze wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
14. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

.....

(pieczęć wykonawcy)

data i podpis osoby uprawnionej

DYREKTOR
SZPITALA POWIATOWEGO
W ZAWIERCIU
Piotr Zachariasiewicz